94

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Travail du groupement des services chirurgicaux et scientifiques de la Ve Armée
(Professeur agrégé Lecène)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis CLEISZ
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Licencié ès sciences naturelles

LES PÉRINÉPHRITES SUPPURÉES MÉTASTATIQUES

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

Monsieur le Professeur RECLUS
Messieurs les Docteurs DESMOULINS, LEGENDRE

Internat provisoire

Monsieur le Professeur BROCA
Monsieur le Professeur agrégé BENSAUDE
Monsieur le Professeur agrégé RATERI

Internat

Monsieur le Professeur agrégé P. DUVAL
Monsieur le Docteur SOULIGOUX
Monsieur le Professeur agrégé POTOCKI
Monsieur le Professeur DÉJERINE
Monsieur le Docteur BERGÉ

A MES MAITRES PENDANT LA GUERRE

Monsieur le Professeur agrégé CHEVASSU

Monsieur le Professeur agrégé LECÈNE

AVANT-PROPOS

Les six observations de Périnéphrite suppurée métastatique que nous rapportons ici nous ont été fournies par notre maître, M. le professeur agrégé Lecène qui, en nous proposant le sujet de ce travail, nous en procurait ainsi les éléments essentiels.

Nous demandons à notre maître la permission de lui exprimer ici toute notre très profonde reconnaissance et notre très respectueux attachement, non seulement pour ce travail qu'il nous a rendu si facile, mais aussi, mais surtout pour toute la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours des dix-neuf mois de guerre que nous avons vécus ensemble. Il a su être pour nous mieux que le maître qui enseigne, et le peu que nous avons appris pendant la guerre, nous le lui devons, il a su être l'aîné qui conseille, celui auprès duquel on sait trouver le réconfort et le sûr appui aux heures de découragement et d'isolement, celui qui comprend et dont la parole fait comprendre.

INTRODUCTION

M. le professeur agrégé Lecène propose de réunir sous l'appellation de *Périnéphrites suppurées métastatiques* les cas observés par lui de suppurations localisées primitivement à l'atmosphère graisseuse périrénale au cours d'une septicémie latente, et il serait naturel de comprendre sous cette même appellation tous les cas semblables publiés antérieurement par Albrecht comme « abcès périnéphrétiques métastatiques » — par Jordan, Jaffé, Bindi et autres — ainsi que les cas publiés par Schnitzler en 1913 sous le nom de « processus suppuratifs métastatiques rénaux et périrénaux ».

Nous verrons au cours de ce travail les raisons qui militent en faveur de cette désignation unique que la connaissance exacte de la pathogénie de ces affections permet d'employer définitivement en remplacement de l'appellation ancienne de *Phlegmon périnéphrétique idiopathique*.

Nous nous proposons d'étudier sous le nom de *Périnéphrites suppurées métastatiques*, en apportant six observations inédites de Périnéphrite à staphylo-

coque doré, cette catégorie de suppurations périrénales, dans lesquelles la lésion corticale du rein, point de départ de la suppuration périrénale, est assez minime pour passer inaperçue au cours de l'intervention. Cette lésion corticale, cet infarctus suppuré de l'écorce rénale étant lui-même une localisation de l'infection sanguine dont le point de départ peut être relativement de peu d'importance comme dans nos observations.

C'est l'ancien *Phlegmon périnéphrétique idiopathique*.

Nous espérons démontrer par cette étude que ces Périnéphrites suppurées métastatiques sont justement l'ancien Phlegmon périnéphrétique idiopathique.

En effet, après les descriptions de Rayer et ses travaux qui déjà distinguaient par la seule clinique le Phlegmon périnéphrétique survenant *primitivement* chez un individu jusqu'alors en apparence bien portant, on fut plus tard amené par les découvertes de Pasteur à mieux comprendre la pathogénie, jusque-là si obscure, de ces affections.

L'expérimentation et l'anatomie pathologique permirent de démontrer, d'une part, que la bactérihémie est plus fréquente qu'on ne pouvait le croire au premier abord et pouvait se rencontrer dans des cas bénins (furoncle-panaris) et chez des malades qui guérissent ; d'autre part, que le rein était un organe d'élimination pour les microbes introduits dans la circulation, et qu'au cours de cette élimination le

rein pouvait se trouver lésé de façon très variable et d'un seul côté seulement.

Ces métastases pouvant donner lieu soit à la néphrite suppurée métastatique diffuse, faite de traînées d'infarctus suppurés (néphrites diffuses rayonnantes de Lannelongue), soit à l'infarctus suppuré localisé à l'écorce rénale, soit à la suppuration périrénale avec lésion corticale minime. Ce ne sont là que des degrés différents d'un seul et même processus : à savoir la localisation au niveau de l'écorce rénale des agents pathogènes qui y sont amenés par la circulation sanguine au cours d'une bactérihémie, le plus souvent à staphylocoques.

LES PÉRINÉPHRITES SUPPURÉES MÉTASTATIQUES

Ce n'est qu'avec *Rayer* que l'étude clinique des suppurations périrénales fut exposée avec quelque précision.

Il faut admirer, encore que ses explications pathogéniques nous semblent actuellement un peu dépourvues de réserve scientifique et d'esprit critique, la clarté que la seule perfection de son sens clinique permit à l'auteur d'apporter dans la conception et l'exposition de son sujet.

Il distingue très nettement dans son *Traité des maladies des Reins* deux catégories d'abcès extrarénaux, *les abcès consécutifs* ou les phénomènes de l'inflammation extrarénale se perdent et restent confondus au milieu de ceux de l'inflammation du rein et de ses conduits excréteurs « et *les abcès primitifs* où les symptômes, bien que primitivement obscurs et latents se dessinent enfin, sans avoir été précédés des accidents des néphrites et des pyélonéphrites ».

Il montre que dans ces abcès primitifs, la symptomatologie d'abord obscure, faite de *douleur* et de *fièvre*, s'accompagne d'un signe clinique négatif sur lequel il insiste, l'*absence de troubles urinaires*.

Longtemps la douleur qui va en augmentant, et la fièvre qui s'accuse chaque jour davantage, restent les seuls signes positifs, jusqu'au jour où enfin l'empâtement, puis l'œdème et la voussure du flanc viennent préciser et affirmer le diagnostic.

Après avoir rapporté une observation de *Turner* datant de 1813, concernant une femme de trente ans, morte en trois jours au milieu de phénomènes d'intoxication grave, sans signes urinaires, sans antécédents morbides, et avec comme signes lombaires simplement des phénomènes douloureux, et chez laquelle on trouva à l'autopsie une gangrène de l'atmosphère adipeuse périrénale des deux côtés.

Rayer rapporte lui-même plusieurs cas d'abcès extra-rénaux primitifs, les uns suite de contusion de la région lombaire, d'autres au décours de fièvres graves, d'autres sans aucun antécédent pathologique décelable.

Rayer cite en outre une observation de *Cantegril* qui nous paraît plus particulièrement intéressante en ce qu'elle nous montre la porte d'entrée de l'infection loin de la région rénale, sous les espèces d'une plaie contuse infectée de la jambe, complètement guérie depuis quinze jours lorsqu'apparut une douleur vive de la région lombaire avec fièvre ; la tuméfaction et l'empâtement apparus à leur tour allaient faire intervenir, lorsqu'une vomique abondante fit, en confirmant le diagnostic, disparaître la tuméfaction lombaire.

Plus tard, *Trousseau* dans ses cliniques de l'Hôtel-

Dieu sur les *abcès périnéphriques*, insista sur la difficulté souvent très grande qu'il y avait à établir le diagnostic ; la fréquente insidiosité du début, la lenteur de la marche, l'absence ou l'importance minime des phénomènes locaux, la prépondérance des phénomènes généraux, sont autant de causes d'erreur pour le clinicien et « l'on n'a garde de soupçonner que le tissu qui enveloppe le rein est malade, surtout lorsque la sécrétion urinaire n'a subi aucune modification ».

L'étiologie est encore incertaine. Trousseau insiste déjà sur l'importance de la contusion lombaire, cause de localisation d'une septicémie latente dont la porte d'entrée lui a échappé et dont il ne peut soupçonner l'existence, étant données les conceptions pathogéniques régnantes à l'époque où Trousseau publia ses cliniques.

Il remarque qu'à la suite de certaines maladies infectieuses il se produit « une altération spéciale des humeurs » qui a pour conséquence la formation d'abcès multiples, et en cela encore il entrevoit la septicémie. Mais, s'il ne peut faire plus, du moins apporte-t-il dans la recherche des signes cliniques une telle précision que rien de nouveau n'a été ajouté depuis aux grands traits de la symptomatologie clinique de l'affection.

« Pendant un temps variable de huit à quinze jours, les malades n'offrent comme symptômes que la douleur locale, la faiblesse générale et la fièvre avec paroxysme quotidien. »

Puis se manifestent d'autres signes de la phlegmasie profonde : empâtement, effacement de l'échancrure costoiliaque, perception d'une tumeur profonde par le palper bimanuel, immobile avec les mouvements respiratoires ; puis apparaissent l'œdème de la peau, et enfin la fluctuation. Mais Trousseau ajoute : « Cette fluctuation est presque toujours profonde et il faut une grande habitude pour bien la reconnaître. » « Quelquefois même, elle ne peut être que soupçonnée par le fait complexe de l'œdème, de l'empâtement de la région et des symptômes généraux. »

Trousseau précise également les différentes évolutions anatomiques que Rayer n'avait fait que signaler :

Habituellement quand l'abcès est enkysté, il reste limité à la couche adipeuse périnéphrique et se porte vers la région lombaire.

Après avoir montré toutes les erreurs de diagnostic à éviter en présence d'une affection dont le cortège symptomatique peut être limité à la douleur lombaire avec fièvre, quelquefois avec tuméfaction, et après avoir montré que ces erreurs sont variables suivant l'évolution anatomique, thoracique, abdominale, lombaire, crurale du phlegmon, Trousseau insiste encore sur l'importance qu'il y a à faire un diagnostic précoce.

Déjà il avait vu que le médecin était plus souvent consulté au début de l'affection que le chirurgien et que c'était à lui qu'il importait de faire ce diagnostic précoce pour que rapidement fût décidée l'interven-

tion dont la précocité dans les Phlegmons périnéphrétiques primitifs permettait de porter un pronostic presque toujours favorable.

Mais ce n'est que plus tard, en 1881, lorsque *Pasteur* découvrit dans le pus du furoncle et de l'anthrax, *le staphylococcus aureus* dont il fit l'agent pathogène, et lorsqu'il eut remarqué que l'ostéomyélite infectieuse relevait du même agent microbien, que la lumière commença à se faire sur la pathogénie des abcès profonds en général et des phlegmons périnéphrétiques en particulier.

On savait en effet depuis longtemps avant la découverte de Pasteur que le furoncle et l'anthrax, affections cutanées et primitivement locales pouvaient plus tard à la manière des maladies générales provoquer des accidents graves.

La découverte du « staphylococcus aureus » permettait de comprendre au moins pour ces cas que lorsque l'affection locale devenait générale, l'organisme tout entier était envahi.

C'est ainsi que *Verneuil*, dans une communication qu'il fit à l'Académie des Sciences en 1888 pose le problème. « Et il eût suffit, dit il, pour faire comprendre comment l'affection locale devenait maladie générale, de démontrer la pénétration du microbe en question dans le torrent circulaloire. »

Mais, à cette époque, le staphylocoque recherché dans le sang par Verneuil et par d'autres ne put y être trouvé ; Verneuil prétend néanmoins par l'observation clinique et le laboratoire » et à propos de

deux observations qu'il rapporte, faire la démonstration du transport à distance et de la colonisation du staphylocoque, loin d'un foyer d'origine.

C'est d'abord l'observation d'un abcès de la cuisse, survenu chez une femme de quarante-deux ans, qui avait présenté deux ou trois semaines auparavant un anthrax de la nuque ; il trouva du staphylocoque doré dans le pus de cet abcès.

C'est ensuite et d'un intérêt plus précis pour notre sujet, le cas d'un médecin de trente-deux ans, qui à la suite de trois orgelets des paupières, d'un furoncle de la lèvre supérieure, et d'un anthrax de la joue, présenta une dizaine de jours après guérison complète de ces différents accidents et à la suite d'un refroidissement, un accès de fièvre avec frissons et douleur dans la région lombaire gauche. Il fut obligé de s'aliter, et présenta les signes d'un volumineux abcès, occupant le flanc gauche depuis l'hypocondre jusqu'à la fosse iliaque, abcès qui ne guérit que sept mois plus tard. Il n'est pas question de traitement chirurgical.

Verneuil conclut judicieusement que les germes de la furonculose avaient trouvé dans un organisme fatigué un milieu propice, « ils s'arrêtent, dit-il, s'inoculent, se multiplient dans un espace conjonctif très distant du mal initial et y font naître une collection purulente ».

L'année suivante, en 1889, *Albarran* porta la question sur le terrain de l'expérimentation et ayant injecté du staphylocoque et du coli dans des oreilles

de lapins, obtint après contusion lombaire de ces animaux, des suppurations périrénales où il retrouvait l'agent pathogène injecté.

Cette expérience, d'un intérêt capital, qui fut depuis répétée avec succès par d'autres auteurs, comme nous le verrons plus loin, montra dès ce moment que les périnéphrites primitives (Albarran adoptait l'ancienne division de Rayer) pouvaient résulter non seulement d'une plaie infectée de la région périrénale, mais d'une infection sanguine à point de départ dans un organe éloigné du rein.

Ainsi qu'Albarran le rapporte dans la première édition du *Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet, la source de l'infection peut être, non seulement comme cela avait été vu depuis longtemps dans une maladie générale grave, mais dans un foyer de suppuration éloigné souvent peu important (panaris-Le Dentu, furoncle-Küster, eczéma-Maas) : la localisation à l'athmosphère périrénale se faisant à la faveur de causes quelquefois bien définies, comme le traumatisme, quelquefois vagues comme le froid.

Il va sans dire que la qualité du pus trouvé dans la collection périnéphrique variera suivant la nature de l'infection sanguine et que si l'on trouve dans les phlegmons périnéphrétiques primitifs, consécutifs au panaris et au furoncle, le staphylocoque doré, on pourra trouver, avec d'autres étiologies le streptocoque, le colibacille, le pneumocoque, le gonocoque, des anaérobies. Cependant, on trouvera plus volontiers le coli et les anaérobies dans les phlegmons

périnéphrétiques secondaires, c'est-à-dire suivant la définition d'Albarran, consécutifs aux lésions d'un organe de voisinage, duodénum, côlon, ou à la propagation à l'atmosphère périrénale d'une suppuration voisine.

Albarran dans la symptomatologie très précise qu'il donne des phlegmons périnéphrétiques primitifs, insiste à nouveau sur l'insidiosité du début de l'affection.

La fièvre très variable dans son allure, peut être continue avec rémissions matinales, elle peut simuler des accès de fièvre intermittente, elle peut se manifester pendant quelques jours pour disparaître pendant une période plus ou moins longue et réapparaître ; enfin elle peut être insignifiante.

La douleur, le signe le plus constant et le plus précoce, est également très variable, ou profonde, sourde et diffuse, ou aiguë pouvant imposer des attitudes au malade, elle peut présenter des irradiations différentes suivant le siège de la collection, gêner la respiration si cette collection siège au niveau du pôle supérieur du rein, provoquer des douleurs avec attitude de psoïtis ou irradation au testicule quand la suppuration est basse. Mais, malgré sa variabilité, ce signe douleur est très important, parce qu'il peut être, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, le seul signe qui attire l'attention sur la région. Lorsque cette douleur sera peu marquée, on pourra toujours l'éveiller par la pression profonde dans l'angle costolombaire.

Un autre signe d'une importance capitale, mais qui pourra ne se montrer que très tardivement, est *l'empâtement lombaire* qui, lorsqu'il n'est pas très prononcé, est assez difficile à mettre en évidence à cause des violentes douleurs dont souffre le malade à cette période avancée. On cherchera la position à lui faire prendre pour que l'examen soit le moins pénible possible (décubitus dorsal, cuisses fléchies, — décubitus latéral sur le côté sain — décubitus ventral). On sera quelquefois obligé de recourir à l'anesthésie générale, qui pourra alors n'être que le premier temps de l'intervention chirurgicale. Cet empâtement présente à la percussion une matité absolue, à limites d'ailleurs imprécises. Lorsqu'il est assez important, il détermine un effacement de l'échancrure costoiliaque et quelquefois même une saillie appréciable à la vue, une voussure lombaire :

On peut avoir à ce moment de l'*œdème* de la peau, signe de grande importance sur lequel nous reviendrons à propos de nos observations.

On ne trouve pas de ballotement rénal, on ne fait, en le recherchant, que provoquer une très vive douleur et une contracture réflexe intense de la paroi abdominale.

Quant à la *rougeur* de la peau et à la *fluctuation* qui peuvent se produire quand l'abcès tend à évoluer en arrière, vers la peau de la région lombaire, on n'aura pas attendu leur apparition pour faire le diagnostic et intervenir.

On voit combien l'imprécision des signes locaux

au début et l'importance souvent prépondérante des signes généraux (fièvre, accompagnée d'inappétence, de malaise général, quelquefois de vomissements), peuvent laisser le diagnostic hésitant ; on pensera à la fièvre paludéenne, à la fièvre typhoïde, à une infection générale de nature indéterminée, et l'on ne songera même pas à provoquer la douleur lombaire. S'il y a en même temps que la fièvre de la douleur, on éliminera toutes les rachialgies dans lesquelles la douleur n'est pas localisée à un des angles costolombaires, mais est diffuse et bilatérale.

En pleine fièvre phlegmoneuse, lorsque l'abcès est formé, il peut y avoir tuméfaction et c'est une source d'erreurs nouvelles de diagnostic, car dans le phlegmon périnéphétique primitif rien, dans les antécédents du malade, n'attire l'attention du côté du rein et les urines sont normales.

Suivant la forme anatomique (abcès sus-rénal ou sous-rénal d'Albarran) et suivant la forme évolutive, on pensera à une affection intra-thoracique, pleurale ou pulmonaire, à un abcès de la paroi lombaire.

Mais c'est surtout vers les diagnostics abdominaux que s'orientera le clinicien hésitant ; en l'absence de signes à proprement parler rénaux, ce ne sont pas des erreurs de diagnostic sur le rein qu'on commettra, mais on verra plus volontiers incriminer le foie, et l'on pensera à un abcès ou à un kyste hydatique suppuré du foie, à une cholécystite suppurée, à une crise appendiculaire.

Ce qu'il faut se rappeler, ce sur quoi insiste

Albarran, c'est l'importance qu'il y a à faire un diagnostic précoce, parce que, dès que le diagnostic est fait, il faut intervenir même si l'on n'est pas absolument sûr, dit Albarran, que la suppuration soit collectée, et ceci pour deux raisons, parce que la résolution spontanée est trop aléatoire et dangereuse et que l'intervention est sans gravité.

* * *

Outre le tableau clinique qu'il avait donné de l'affection et auquel rien n'a été ajouté depuis d'essentiel, Albarran avait donc en partie résolu le problème pathogénique avec ses expériences cruciales sur le lapin.

Restait à expliquer comment des microbes en circulation dans le sang, pouvaient, sans traumatisme, se fixer directement à l'atmosphère périrénale.

Bertelsmann publia en 1902 les résultats de 47 hémocultures qu'il fit au cours d'infections variées, en particulier des parties molles périphériques. Ces hémocultures furent faites sur une prise de 10 à 15 centimètres cubes de sang prélevé dans une veine du pli du coude et ensemencé sur glycérine agar en boîtes de Petri.

Huit cas de phlegmons de l'avant-bras, 4 de lymphangite suppurée et 3 de phlegmons des gaines donnèrent des colonies nombreuses de staphylocoque doré ou de streptocoque. Or tous ces malades guérirent facilement après traitement chirurgical de leurs lésions.

Bertelsmann en conclut que la bactérihémie est plus fréquente qu'on n'aurait pu le croire *a priori* et qu'elle se rencontre assez souvent dans des cas bénins et chez des malades qui guérissent, et qu'en somme la constatation d'éléments microbiens dans le sang n'est pas un élément de pronostic puisqu'à côté des cas à évolution bénigne comme les cas ci-dessus on en observe d'autres suivis de mort en toxihémie.

En outre, des recherches récentes ont montré que le rein servait d'organe d'élimination pour les microbes introduits dans la circulation. On sait par exemple que l'urine des malades atteints de fièvre récurrente ou de fièvre typhoïde, est contagieuse ; le passage dans les urines du bacille typhique en particulier est hors de doute; on a pu faire cette constatation bactériologique six mois après guérison.

Expérimentalement, avec des microbes non pathogènes (prodigiosus, pyocyanique), on a pu établir que leur élimination par le rein commence très rapidement, quelques minutes après l'arrivée de ces microbes dans la circulation.

Le même fait a été établi pour le staphylocoque doré, le bacille du charbon et le coli. On a même montré, ce qui est plus important, que les urines dans ce cas restent claires, non hématuriques et non albuminuriques.

On peut donc considérer comme établi aujourd'hui que des microbes pathogènes qui ont pénétré dans la circulation sanguine peuvent traverser les reins

sans déterminer de lésions sérieuses ni des reins eux-mêmes ni des voies excrétrices, et sans altérer la qualité des urines.

Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur cette question et nous montrerons que cette non-altération des urines n'est pas admise par tous les auteurs et que d'autre part, si les microbes peuvent être éliminés par le rein sans léser cet organe et si, comme il va sans dire, il le lèse parfois grossièrement, d'une façon évidente, il arrive dans certains cas, comme nous l'avons dit tout au début, que la corticalité rénale puisse présenter des lésions minimes, si minimes même qu'elles peuvent passer inaperçues à un examen snperficiel. Ce fait nous paraît intéressant, et les observations que nous rapportons semblent le confirmer.

*
* *

Reste à expliquer comment les microbes qui se trouvent dans les vaisseaux capillaires des reins peuvent passer dans le tissu cellulo-adipeux de la capsule. C'est ce que les recherches anatomiques modernes permettent d'interpréter. Ces recherches ont montré que la capsule cellulo-adipeuse du rein est elle-même entourée par un fascia (fascia renalis de Gerota, retrorenalis de Sappey et Zukerkand). Ce fascia limite partout, sauf en bas, l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein, qui est ainsi parfaitement distincte du tissu cellulaire rétropéritonéal.

On sait qu'au point de vue *artériel*, les artères

capsulo-adipeuses, branches collatérales de l'artère rénale, décrites par Schmerber sous le nom de groupe rénal, surtout abondantes à la face postérieure du rein, forment derrière le bassinet le petit groupe rétropyélique et s'anastomosent avec les branches de la capsulaire inférieure et celles de l'arc artériel exorénal venu de la spermatique. Les capsulo-adipeuses peuvent en outre s'anastomoser avec les artères perforantes, branches de la rénale qui, sans émettre de collatérales, traversent de part en part une colonne de Bertin et émergent à la surface de l'organe. Il existe ainsi toute une série d'anastomoses entre la rénale et le réseau artériel périrénal à la formation duquel concourent outre les capsulo-adipeuses, la spermatique, les capsulaires moyennes et supérieures, les premières lombaires, la diaphragmatique inférieure et la mésentérique.

Mais, en somme, les communications artérielles directes entre la corticalité rénale et la capsule adipeuse ne sont guère représentées que par la terminaison de certaines artères intralobulaires, les artères perforantes.

Les communications *veineuses*, plus riches, sont moins intéressantes à notre point de vue. Il existe dans l'enveloppe graisseuse du rein des veines dites capsulo-adipeuses qui forment un réseau à mailles anastomosées transversalement et aboutissant à une arcade veineuse longeant le bord externe du rein et décrite par Tuffier et Lejars. A ce réseau aboutissent des veines nées de la substance corticale et perfo-

rant la capsule fibreuse de dedans en dehors. De ce réseau partent des veines centripètes allant aux étoiles de Verheyen.

Ce réseau est en outre largement communiquant avec les veines rénales au niveau du hile, avec les veines coliques, les surrénales, les diaphragmatiques inférieures, les spermatiques, les lombaires, les veines qui accompagnent le douzième nerf intercostal, le grand et le petit abdomino-génitaux.

Les communications *lymphatiques* entre le rein et sa capsule adipeuse offrent un intérêt particulier, en ce que longtemps contestées, elles sont actuellement bien établies, et que la richesse de ces communications entre les capillaires lymphatiques de l'écorce rénale avec ceux de la capsule fibreuse propre et ceux de la capsule adipeuse permet facilement de comprendre qu'anatomiquement une inflammation aiguë de la corticalité du rein puisse se transmettre directement à l'atmosphère cellulo-adipeuse.

Stahr avait décrit dans la capsule adipeuse un riche réseau lymphatique, dont les injections en série faites par Cunéo ont confirmé l'existence. Ce réseau présente des troncs afférents dont les uns vont directement aux ganglions où aboutissent les collecteurs du rein lui-même, et des troncs qui perforent la capsule propre du rein pour venir s'anastomoser avec le réseau superficiel de la corticalité rénale. Ce réseau formé de mailles très ténues sous-capsulaires avait été signalé par Mascagni, contesté par Ludwig et Kœlliker et fut retrouvé par Renaut et Stahr en

confirmation des recherches anciennes de Teichmann et Sappey, et Cunéo plus récemment en a donné une description complète. Ce réseau présente, en outre des troncs divergents allant à la capsule adipeuse, des troncs convergents allant au réseau profond ; celui-ci, dont l'existence anatomique est moins indiscutée, donnerait à son tour 4 à 7 gros troncs émergeant au niveau du hile et serpentant autour de l'artère et de la veine rénale.

Ils se terminent d'une façon que Stahr considérait comme imprécise et indescriptible, mais que Cunéo a décrite avec précision en assignant aux troncs collecteurs du côté droit et du côté gauche des territoires ganglionnaires distincts sur lesquels nous n'avons pas à insister.

La chose importante pour nous est la connaissance de riches communications lymphatiques entre la corticalité rénale et la capsule adipeuse expliquant anatomiquement la formation des abcès périnéphrétiques métastatiques.

* * *

C'est à la lumière de ces données expérimentales et anatomiques que s'éclairent toutes les observations des auteurs modernes.

Jordan (de Heidelberg), au Congrès allemand de Chirurgie tenu à Berlin en 1905 rappelle qu'en 1899 il avait déjà rapporté plusieurs cas d'abcès rénaux et périrénaux consécutifs à des furoncles ou à d'autres petits foyers de suppuration périphérique.

Il apporte au Congrès de 1905 douze nouvelles observations. Il s'agit certainement, dit-il, « d'infections hématogènes comparables à celles que l'on observe dans l'ostéomyélite. Jordan considère que l'abcès extrarénal fait suite à l'abcès rénal, mais que celui ci peut rester longtemps intrarénal, souvent plusieurs semaines. La symptomatologie est faite au début avant tout de signes d'intoxication ; à ce moment l'absence de signes locaux et d'éléments anormaux dans l'urine rend le diagnostic difficile et l'on peut penser suivant les cas à une fièvre typhoïde, à une appendicite, à une méningite.

Parmi les signes autorisant à admettre l'existence d'un abcès intrarénal, outre la connaissance de la porte d'entrée (furoncle, panaris), il faut attacher une grande importance à la sensibilité à la pression au-dessous de la douzième côte et quelquefois à l'augmentation appréciable du volume du rein. Le traitement consiste en l'incision de l'abcès le plus tôt possible alors qu'il est encore intrarénal, la guérison survient en général en quatre ou huit semaines, avec quelquefois la persistance de fièvre post-opératoire correspondant probablement à la guérison spontanée de quelques petits abcès miliaires corticaux.

Israël (de Berlin), commentant cette communication, dit qu'il est également partisan de l'intervention hâtive : mais déjà il signale que l'on trouve quelquefois dans les urines quelques globules sanguins, ce qui rend l'existence de l'abcès plus probable et légitime d'autant l'opération.

Albrecht dans un article intitulé *Abcès périnéphrétiques métastatiques* cite les travaux de Jordan que nous venons de signaler et ajoute que Jaffé avait déjà noté l'importance des abcès périnéphrétiques au cours de l'évolution des furoncles et processus périphériques analogues.

Dans cet article Albrecht rapporte six cas d'abcès périnéphrétiques métastatiques observés en deux ans à la clinique de von Bruns ; sur ces 6 cas il s'agissait trois fois de furoncles, deux fois de panaris, une fois d'abcès de la région anale.

Dans quatre de ces cas, on avait mis en évidence dans le pus des collections périnéphrétiques le staphylocoque doré, dans un cas le staphylocoque et le streptocoque associés.

Il rappelle une communication que *Schnitzler* fit au Congrès allemand de chirurgie de 1899 sur le *microbisme latent*. Schnitzler injecta à trois lapins, à chacun 1 centimètre cube d'une culture pure de staphylocoque doré et n'obtint aucun accident quelconque. Il fit à ces lapins une contusion de la région lombaire droite, au bout de trois semaines pour le premier, de quatre pour le second, de cinq pour le troisième. Dans les trois cas il sacrifia les animaux quatre ou cinq jours après la contusion, et chaque fois il trouva une suppuration étendue autour du rein droit avec de petits infractus corticaux. A l'autopsie il y avait dans le rein gauche deux fois de très petits infarctus encapsulés. Il retrouva le staphylocoque en abondance dans le pus de tous ces cas.

Les conclusions cliniques de Bertelsmann que nous rapportons plus haut ne font que confirmer les résultats obtenus par Schnitzler dans ses expériences vraiment cruciales.

Schnitzler en 1913 reprend la question. Il dit que la périnéphrite fait suite généralement à des abcès métastatiques corticaux du rein, mais que beaucoup de ces abcès restent latents, que d'autres guérissent spontanément, que d'autres enfin donnent une douleur de la région lombaire, des signes généraux plus ou moins francs : à l'intervention on trouve dans ces cas des abcès miliaires corticaux.

Mais il est rare que les abcès métastatiques du rein donnent naissance à des troubles graves sans que le pus ait fusé dans le tissu périrénal. L'action élective du staphylocoque pour le rein serait due à sa propriété de détruire l'urée en amenant la production d'ammoniaque qui a une action nécrosante sur le tissu rénal.

Schnitzler ajoute que le diagnostic est facile quand on pense à la probabilité de l'abcès périnéphrétique, et quand on sait rechercher dans les antécédents l'existence d'une petite suppuration, d'un furoncle, d'un panaris ; l'apparition d'une douleur lombaire brusque correspondrait à la rupture de l'abcès cortical dans la capsule graisseuse ; dans tous les cas on arrive à réveiller la douleur à la palpation ; Schnitzler, conseille de rechercher l'œdème quelquefois délicat à mettre en évidence en pinçant comparativement la peau des deux côtés.

Quant à l'état des urines, il est différemment apprécié suivant les auteurs.

Jordan, *Jaffé*, *Kahn* et d'autres auteurs ont montré d'après leurs observations que l'urine pouvait être normale dans ces cas de suppurations métastatique.

Mais outre les expériences qui ont montré que le rein, sans même être lésé, était, dans bien des cas de septicémie, organe d'élimination, certains auteurs comme *Israël* prétendent que par un examen minutieux de l'urine centrifugée on arrive à trouver des hématies, des leucocytes et même des cylindres dans des cas de suppuration métastatique. *Baum* aurait même trouvé le staphylocoque dans les urines recueillies par cathétérisme urétéral. La conclusion qu'Israël tire de ses observations personnelles est qu'il ne faut pas se contenter de l'examen macroscopique des urines et de la constatation de l'absence d'albumine pour dire qu'il n'y a rien d'anormal dans celles-ci.

Mais la question délicate et qui reste pendante est de savoir si dans tous les cas il y a un petit abcès cortical du rein qui infecte par contiguïté vasculaire ou lymphatique, l'atmosphère adipeuse du rein, ou si cette infection peut se faire directement sans l'intermédiaire de l'abcès cortical. La chose est difficile à démontrer puisqu'au cours de l'opération on se contente d'ouvrir la collection suppurée périrénale sans chercher autrement à explorer le rein dans les cas ou il n'est pas évidemment lésé à premier examen.

Quoi qu'il en soit, les observations de Schnitzler, Jaffé, Jordan, Baum, Albrecht, Israël, ont montré qu'au cours d'une infection générale bénigne (suite de furoncle, panaris) il peut se faire une métastase rénale minime qui donne naissance par propagation lymphatique ou sanguine à l'atmosphère adipeuse.

* * *

Ainsi se trouve définitivement établie la pathogénie de l'ancien phlegmon périnéphrétique idiopathique qui doit changer de nom et être décrit sous le nom de périnéphrite suppurée métastatique.

Avant d'en arriver au détail de nos observations, nous rapporterons d'abord un cas publié par *Bindi* dans la *Gazetta degli ospedali* et en tous points semblable aux nôtres. Il s'agissait d'un homme de vingt-quatre ans qui eut un furoncle dans le dos, lequel guérit assez facilement après plusieurs applications chaudes. Vingt-cinq jours après la guérison du furoncle le malade fut pris de frissons violents avec température, malaise général, inappétence, puis apparut une douleur dans la région dorsolombaire gauche avec irradiation à l'aine et à la cuisse du même coté ; les douleurs de cuisse étaient si marquées qu'on chercha d'abord à ce niveau, puis dans l'articulation de la hanche la cause du mal. Mais on finit par trouver au palper bimanuel, sous la douzième côte gauche, une masse douloureuse, profondément située et de limitation vague.

La persistance de la température et l'apparition

d'un état œdémateux de la paroi au niveau de la région dorsolombaire gauche, firent faire le diagnostic de périnéphrite suppurée.

La guérison survint rapidement après incision et drainage. On trouva du staphylocoque dans le pus. Au cours de l'intervention le rein fut vu à découvert, mais sans qu'il parût présenter de lésions importantes.

Bindi cite un cas absolument analogue au sien de périnéphrite suppurée métastatique, survenu à la suite d'un furoncle publié par *Tarentino*.

Les *six* cas inédits que nous rapportons ont été observés et opérés par M. Lecène, l'un avant la la guerre,en 1913,les cinq autres pendant la guerre ; nous avons eu l'occasion d'observer avec lui les trois derniers cas et de l'aider au cours de l'acte opératoire.

OBSERVATION I

G..., âgé de vingt-quatre ans, garçon de café entre à l'hôpital Laënnec le 25 juillet 1913.

Il vient à l'hôpital pour douleurs dans la région lombaire gauche, avec fièvre.

Le 25 juin 1913, il a eu un panaris du médius droit, ayant nécessité deux incisions et complètement guéri vers le 5 juillet. Bien portant jusqu'au 17 juillet, le sujet est pris à cette date de douleurs dans le ventre et le flanc gauche, avec fièvre. Depuis lors, la douleur a été en augmentant et présentant des irradiations vers le pli inguinal et l'abdomen.

Les urines ont toujours été normales d'aspect, leur examen ne montre ni sang, ni albumine, ni sucre. Pas de vomissements mais anorexie et constipation opiniâtre depuis le début des accidents ; depuis huit jours, deux épistaxis. A l'inspection de la région lombaire gauche, légère voussure, contracture des muscles postérieurs de la fosse lombaire gauche ; pas d'œdème cutané. Au palper bimanuel, douleur très vive sous la douzième côte gauche où l'on sent une tuméfaction profonde qui correspond au siège anatomique du pôle inférieur du rein gauche. La fièvre oscille entre 38°8 et 38 degrès depuis quinze jours.

M. Lecène fit le diagnostic de périnéphrite suppurée métastatique et intervint le 4 août 1913. Une incision lombaire gauche découvre la capsule adipeuse périrénale sclérosée et épaissie ; en l'incisant on ouvre une collection de pus crémeux verdâtre du volume d'une orange ; le pus une fois évacué, on voit le pôle inférieur du rein gauche qui parait d'aspect normal, sauf une légère érosion à la surface. — Deux drains. — Guérison complète en trois semaines. L'examen du pus révéla du staphylocoque doré à l'état de pureté.

OBSERVATION II

G. P..., vingt-deux ans, 22e dragons. Entré le 29 décembre 1916 à l'hôpital mixte de Limoges pour douleurs lombaires qui ont débuté il y a trois semaines au cours d'une grippe ?. Le malade n'avait jamais eu auparavant ni douleurs lombaires ni troubles urinaires, on ne relève également dans les antécédents ni blennorragie ni contusion lombaire, ni troubles intestinaux. Mais le malade a eu plusieurs gros furon-

cles fessiers qui ont été soignés à l'infirmerie régimentaire et complètement guéris au moment de son entrée à l'hôpital. Depuis trois semaines la fièvre oscille entre 39 degrés et 38°5, le malade se plaint d'une douleur très vive dans la région lombaire.

A l'examen on constate une voussure de la région lombaire gauche avec œdème cutané, douleur très vive au palper bimanuel. — Les urines sont normales d'aspect et ne contiennent pas d'albumine. M. Lecène fait le diagnostic de *Phlegmon périnéphrétique métastatique* et intervient le 30 décembre, l'incision lombaire montre l'œdème des muscles et du tissu cellulaire. Après la section du tendon du transverse on ouvre une collection suppurée contenant 1/2 litre de pus jaune verdâtre, collection bien limitée entre la face postérieure du rein et la paroi postérieure de la fosse lombaire. Drainage et guérison au bout de trois semaines. On trouve du staphylocoque doré dans le pus.

OBSERVATION III

R. M..., vingt-deux ans, 84e infanterie.

Entre le 15 mars 1917, à l'hôpital mixte de Limoges.

En novembre 1916 le malade a eu une angine assez grave pour laquelle il est resté huit jours à l'infirmerie. Huit jours après sa sortie de l'infirmerie au début de décembre 1916 le malade a eu un hygroma suppuré du coude gauche. Cet hygroma incisé à Tulle donne issue à une grande quantité de pus.

Le 15 janvier 1917, le malade est complètement guéri,

mais le 30 janvier 1917, le malade est pris de frissons, de gêne respiratoire et de fièvre. Il entre à l'hôpital de Tulle où l'on porte le diagnostic d'embarras gastrique fébrile. Le malade reste à Tulle jusqu'au 15 mars 1917, il est alors évacué sur l'hôpital mixte de Limoges.

Il est à ce moment très amaigri et présente un mauvais état général, la fièvre s'élève à 39 degrés, 39°5 tous les soirs et ne descend pas au-dessous de 38°5 le matin. Il se plaint de douleurs vives dans tout l'hypocondre droit, surtout quand il respire fortement. Il n'existe aucun signe d'embarras gastrique ; pas de diarrhée. Les urines sont normales d'aspect et ne contiennent pas d'albumine. Au palper on constate que la fosse lombaire droite est empâtée et extrêmement douloureuse surtout en arrière au-dessous de la douzième côte ; à la base droite il existe de la submatité et quelques frottements pleuraux. De temps en temps, le malade présente des quintes de toux sèche, sans expectoration.

M. Lecène porte le diagnostic de *Périnéphrite suppurée métastatique* et, le 19 mars 1917, une incision lombaire, parallèle à la douzième côte permet d'ouvrir une collection suppurée du volume d'une grosse tête de fœtus, située très en arrière, légèrement au-dessous du rein droit, remontant dans le diaphragme, et contenant du pus crémeux verdâtre, où l'examen montre du staphylocoque doré. Drainage et guérison rapide, l'état général remonte très peu de temps après l'incision et redevient rapidement satisfaisant.

OBSERVATION IV

G. R...; vingt-neuf ans, 3e *bis*, zouaves.

Cette observation est particulièrement intéressante de ce fait que pendant près de trois semaines le malade fut tenu en observation dans une ambulance puis dans un service médical hospitalier et que le diagnostic fut longtemps hésitant jusqu'au jour où notre maître M. Lecène fut appelé en consultation ; on lui soumit le diagnostic de suppuration intra-hépatique, il fit celui de périnéphrite suppurée métastique qu'il démontra opératoirement.

Le début de l'affection remonte au 4 janvier 1918, ce n'est que le 15 que le malade fut envoyé à l'ambulance, sa température montait à ce moment tous les soirs à 39 degrés, pour ne pas descendre au-dessous de 38 degrés le matin. La symptomatologie était faite presque uniquement de phénomènes généraux : Diarrhée abondante à plusieurs reprises, abattement, sueurs, frissons. Le malade fut évacué sur l'hôpital Auban Moët, à Epernay, où l'on constata, outre le mauvais état général persistant, l'existence d'un point douloureux au niveau de la région hépatique et s'étendant en arrière au douzième espace intercostal droit. La rate et le foie furent considérés comme hypertrophiés, l'ombre hépatique recherchée à la radioscopie descendait à deux travers de doigt au-dessous du gril costal en arrière. On pensa à ce moment au paludisme, mais les accès fébriles n'avaient rien de bien caractéristique.

Le caractère diarrhéique des selles en imposa à son tour,

mais un examen des matières fécales resta négatif au point de vue amibiase.

Il n'est pas jusqu'au poumon qui n'ait été incriminé : le sommet gauche ayant paru congestif à l'auscultation et légèrement opaque aux rayons, et tout le poumon droit s'étant montré submat en arrière avec exagération des vibrations thoraciques et respiration obscure, l'examen des crachats ayant en outre décelé la présence de nombreux pneumocoques, on pensa à une pneumonie atypique, comme on en voit quelquefois sous forme de congestion pulmonaire chez les tuberculeux.

Enfin l'hypertrophie hépatique (ou plus exactement ce qui fut démontré dans la suite n'être qu'une pseudohypertrophie, en réalité un abaissement de l'organe) retint en dernier lieu l'attention, et l'examen du sang ayant donné une formule nettement leucocytaire avec prédominance de polynucléaires, il fut décidé que l'on demanderait l'avis d'un chirurgien relativement à la possibilité d'une suppuration hépatique. En fait la localisation de la douleur, la température qui ne descendait même plus tous les jours à 38 degrés et qui s'élevait parfois au voisinage de 40 degrés, enfin l'étendue de la matité dans la région hépatique pouvaient égarer le diagnostic.

Nous n'avons pas eu les résultats de l'hémoculture pratiquée le 2 février au soir.

Le 4 février 1918, un mois après le début de son affection, le malade entra dans le service de M. Lecène à l'hôpital Notre-Dame à Epernay.

A l'examen notre maître constate que la région lombaire droite était d'apparence normale sans voussure ni œdème

cutané. Mais par le palper bimanuel on réveillait une très vive douleur sous la douzième côte, d'autre part le foie paraissait abaissé car sa matité descendait à deux travers de doigts du rebord costal sur la ligne mamelonnaire; il n'était pas douloureux à la percussion mais il paraissait augmenté de volume. Il existait en outre en arrière un point nettement douloureux dans le onzième espace intercostal droit, et la palpation au-dessous du rebord costal que nous avons dite douloureuse à ce niveau éveillait une résistance musculaire notable.

L'auscultation de la base droite ne révélait aucun signe d'épanchement mais seulement quelques frottements pleuraux.

Enfin l'on apprend en scrutant les antécédents du malade qu'il a eu des furoncles pendant tout le mois de décembre 1917. Ce renseignement enlève toute hésitation à M. Lecène et le malade est opéré le jour même de son entrée à l'hôpital Notre-Dame. Une incision parallèle au bord inférieur de la douzième côte permet de découvrir et de réséquer cette côte en totalité en relevant le cul-de-sac pleural. Le tissu cellulaire rétrorénal est trouvé infiltré et légèrement sclérosé, on le dissocie prudemment et l'on aperçoit nettement la face postérieure et le pôle supérieur du rein droit d'apparence normale. En remontant alors au-dessus du pôle supérieur du rein entre celui-ci et la face postérieure du foie, on ouvre une collection suppurée du volume d'une orange, collection nettement limitée et contenant un pus verdâtre, épais. Drainage. L'examen bactériologique décela dans ce pus du staphylocoque doré, à l'état de pureté.

Le malade, dont l'état général était avant l'intervention

assez inquiétant pour avoir décidé de faire l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, fut transformé en quelques jours et la guérison complète survint au bout de trois semaines.

OBSERVATION V

G. A..., trente-neuf ans, 43e colonial.

Cette observation témoigne encore de ce fait sur lequel Trousseau avait insisté autrefois dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, à savoir que les médecins sont plus souvent consultés que les chirurgiens au début de l'évolution des phlegmons périnéphrétiques, et c'est bien le moment de répéter combien longtemps le diagnostic peut rester hésitant.

A la fin de décembre 1917, G. A... eut plusieurs gros furoncles de l'avant-bras gauche qui furent incisés, la cicatrisation était complète au début de janvier 1918. Le 24 janvier 1918 le malade entre à l'hôpital de Louvois présentant une température élevée (39°) avec de la bronchite, et un état saburral des voies digestives. Il présente dès ce moment de vives douleurs dans la région rénale droite. Les urines furent trouvées normales d'aspect et ne contenant pas d'albumine. La douleur lombaire fut interprétée comme un point de côté et les signes de bronchite avec température oscillant entre 38 et 38°5 firent penser à la tuberculose. L'examen des crachats resta négatif. Le diagnostic n'en était pas moins soutenable et le malade fut envoyé à l'hôpital A. Moët d'Epernay comme suspect de tuberculose pulmonaire.

Mais la persistance de vives douleurs dans la région lombaire droite firent envoyer le malade en chirurgie dans

le service de M. Lecène, où il entra à l'hôpital Notre-Dame le 1er mars 1918.

A l'examen du sujet on constata qu'il présentait entre la douzième côte et la crête iliaque une voussure nettement appréciable par comparaison avec le côté opposé, il existait en outre en pinçant la peau comparativement, à l'autre côté, un peu d'œdème cutané. A l'auscultation on n'entend aucun bruit anormal à la base droite ; les vibrations persistent et à la percussion la sonorité est normale. Les urines sont d'aspect normal et ne contiennent pas d'albumine. M. Lecène s'appuyant sur les antécédents de furonculose et sur les signes locaux, plus nets, il faut le dire, dans cette observation que dans la précédente, pose le diagnostic de *Périnéphrite suppurée métastatique* et le jour même par une incision parallèle à la douzième côte, on traverse des muscles infiltrés et un tissu cellulaire œdématié et l'on ouvre une collection suppurée très volumineuse située en arrière du rein droit et contenant plus d'un demi-litre de pus verdâtre crémeux ; ce pus montre à l'examen, du staphylocoque doré. Drainage. Guérison rapide.

OBSERVATION VI

S. A..., vingt et un ans, 22e colonial.

Cette dernière observation est intéressante par la brusquerie de son début et la pauvreté de son tableau clinique ; température et douleur, douleur à siège d'abord atypique firent faire dès le début le diagnostic d'appendicite.

Bien portant jusqu'au 15 janvier 1918, le malade eut à ce moment un panaris du pouce droit qui fut soigné à l'infir-

merie de son régiment et incisé deux fois. Dans les derniers jours de janvier, alors que le panaris était en voie de guérison, le malade fut pris de fièvre avec douleur dans l'hypocondre droit et dans la fosse iliaque droite. On l'évacue alors sur l'hôpital dans un service de médecine. Les urines examinées à ce moment étaient normales d'aspect et ne contenaient pas d'albumine. Il n'y eut pas de vomissements. Pendant tout février 1918 le malade présenta une fièvre à oscillations irrégulières qui atteignait le soir 40 dégrés et ne descendait pas le matin au-dessous de 38 degrés. On fit le diagnostic de coliques d'origine probablement appendiculaire. Puis, l'état général s'aggravant et la température persistant, le malade fut envoyé en chirurgie dans le service de M. Lecène.

A l'examen du malade la région lombaire droite d'aspect normal et sans œdème cutané, était très douloureuse à la pression dans tout l'espace compris entre le bord inférieur de la douzième côte et la crête iliaque. Cet examen provoque en outre de la contracture des muscles abdominaux jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Le foie paraît de volume normal, et la fosse iliaque présente une sonorité normale à la percussion.

A la base droite, l'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal.

M. Lecène porte le diagnostic de *périnéphrite suppurée métastatique* qui doit être développée surtout en avant du rein droit, ce qui explique la symptomatologie abdominale de ce cas. Le 2 mars M. Lecène pratique une incision lombaire à égale distance de la douzième côte et de la crête iliaque. Après avoir traversé des muscles normaux et cons-

taté que le tissu cellulaire périrénal est infiltré, on ouvre une collection suppurée du volume d'une orange, développée au-dessous et en avant du pôle inférieur du rein droit qui apparaît normal au-dessus de la collection et la surmontant. Drainage, guérison au bout de trois semaines. L'examen du pus montre la présence de staphylocoque doré.

* * *

En résumé, depuis très longtemps déjà les suppurations périrénales avaient été distinguées en primitives et secondaires, suivant que les phénomènes de l'inflammation périrénale apparaissaient secondairement chez un individu porteur de lésions du rein et de ses conduits excréteurs ou d'une lésion suppurative ou non d'un organe de voisinage, ou au contraire, primitivement sans accidents antécédents de néphrite ou pyélonéphrite.

Mais parmi le périnéphrites primitives on fut obligé de faire une catégorie à part, c'est celle comprenant tous les cas dont l'étiologie restait obscure, et si pendant longtemps on invoqua comme cause dans certains de ces cas le froid, c'était faute d'avoir pu trouver la porte d'entrée de l'infection d'une part, la septicémie et la métastase d'autre part.

C'est à Albarran que revient le mérite d'avoir le premier démontré la localisation à l'atmosphère graisseuse périrénale d'une septicémie qu'il avait lui-même provoquée, il en donna la démonstration expérimentale que Verneuil avait faite cliniquement.

Mais à l'époque où il fit ses expériences on n'avait

pas encore pu démontrer par des recherches bactériologiques plus perfectionnées et surtout plus fréquemment établies, l'existence du microbisme latent.

Sans doute, la présence dans le sang d'agents pathogènes dans des conditions déterminées a pu, dans certains cas, devenir un élément important de pronostic, c'est ainsi que l'on trouve le pneumocoque dans le sang de tous les pneumoniques : il y a bacillémie ; mais s'il s'y trouve encore vers le troisième ou quatrième jour, il faut s'attendre à une forme grave ou à une complication.

Mais comme l'a bien montré Bertelsmann, l'examen du sang n'est pas habituellement un élément de pronostic ; des cas observés par lui, les uns sont morts en toxihémie, les autres ont guéri sans qu'il ait su tirer de ses hémocultures des prévisions à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, on a fini par arriver à la certitude que tout phlegmon périnéphrétique est la localisation à l'atmosphère graisseuse périrénale d'une bactérihémie dont la porte d'entrée peut être facile à dépister, ou qu'il faut, au contraire, chercher. Dans certains cas, elle n'a pu passer inapeçue, soit qu'il se soit agi d'un gros anthrax, par exemple, ou d'une furonculose de longue durée. C'était le cas de ce médecin dont Verneuil rapporte l'observation, et qui fit un phlegmon périnéphrétique à la suite de sa furonculose. Verneuil n'avait pu démontrer la présence du staphylocoque dans le sang, mais il savait

par les recherches de Pasteur, que le staphylocoque existait dans les furoncles et il l'affirmait dans le phlegmon périnéphrétique.

Dans d'autres cas, au contraire, rien n'a été relevé dans les antécédents du malade et l'on ne trouve pas de cause au phlegmon. Il s'agit dans ces cas aussi d'une métastase dont il faudra rechercher le point de départ et qu'on trouvera le plus souvent.

Nous insistons sur ce fait que dans nos trois dernières observations les malades furent plus ou moins longtemps soignés en médecine, ils y furent interrogés soigneusement et si chez l'un l'on pensa au paludisme et chez l'autre à la tuberculose pulmonaire, c'est qu'on avait trouvé dans leurs antécédents des éléments en rapport avec l'exactitude possible de ces diagnostics.

Et pourtant, dans une seule de ces observations, la dernière, il fut fait mention du panaris dont le malade était encore porteur lorsque commencèrent à apparaître les symptômes de son phlegmon périnéphrétique.

Les antécédents furonculeux des deux autres furent négligés. Et s'ils furent négligés, c'était avant tout, il faut bien le dire, parce que le phlegmon périnéphrétique consécutif aux furoncles, anthrax, panaris, d'une façon générale, aux petites suppurations périphériques, est une affection peu connue, et qui, pourtant, est loin d'être exceptionnelle, puisque les six observations que nous a fournies notre maître, M. Lecène, ont été recueillies par lui en moins de

cinq ans et que de semblables cas avaient déjà attiré l'attention de plusieurs auteurs.

Dans tous ces cas, la métastase est patente et les observations, à quelques détails près, sont absolument superposables. M. Lecène a proposé de tous les réunir sous l'appellation de *périnéphrites suppurées métastatiques*.

Nous avons vu qu'il fallait *penser à la cause pour la rechercher* et interroger le malade qui sera évidemment le dernier à vous donner un renseignement qu'il considère comme négligeable et sans à-propos.

Mais nous avons vu aussi qu'il fallait *penser au diagnostic pour le poser*. C'est qu'en effet, l'ensemble des symptômes est, au moins au début, bien propre à faire errer le diagnostic par l'importance des phénomènes généraux, par l'imprécision des signes locaux, quelquefois comme dans l'une de nos observations (obs. V), par le siège atypique de la douleur.

Et pourtant ce sont ces signes locaux qu'il faudra rechercher et qui feront faire le diagnostic. Quelquefois ils seront faciles à observer ; il y aura une voussure (obs. IV) ; encore cet examen devra-t-il se faire comparativement avec le côté sain et en regardant le dos du malade à jour frisant, Albarran avait déjà insisté sur la minutie nécessaire de cet examen. Mais parfois les deux côtés seront absolument identiques (obs. V) et c'est par une palpation soigneuse qu'on arrivera à provoquer une douleur bien localisée, le plus souvent sous la douzième côte.

Il en est de même pour l'œdème cutané ; dans

notre observation V il n'existait pas, nous l'avons noté au contraire dans notre observation IV, mais là encore ce n'est pas un œdème qui saute à la vue : il faut le rechercher et non pas comme l'œdème inflammatoire banal que le doigt déprime ; c'est en pinçant entre deux doigts la peau et le panicule adipeux et en répétant ces manœuvres en un point symétrique de la région lombaire opposée que l'on pourra à la vue et aussi au toucher avoir la certitude qu'il y a œdème : le pli que les deux doigts ont fait à la peau est plus épais, moins souple du côté malade ; Schnitzler avait déjà insisté sur cette recherche.

Nous ne reviendrons pas sur les erreurs de diagnostic qu'on risque de faire, elles sont nombreuses, on peut voir les plus imprévues. Ce qu'il faut, c'est penser au diagnostic de périnéphrite suppurée, et si l'on pense aussi à rechercher la cause en apparence futile, le furoncle, le panaris, négligé par le malade lui-même, le tableau clinique s'éclairera et l'on fera le diagnostic.

* * *

Le *traitement*, nous l'avons vu à propos de nos observations, est simple ; il comporte uniquement l'ouverture de la collection et l'établissement d'un drainage sérieux, un ou deux gros drains suivant les cas. Il va sans dire que cette incision différera dans sa localisation suivant que l'abcès sera bas situé ou haut ; l'incision pourra être proche de la douzième

côte pour ouvrir une collection avoisinant le pôle supérieur (obs. III), plus bas au contraire, à égale distance de la douzième côte et de la crête iliaque pour aborder une collection développée au-dessous et en avant du pôle inférieur (obs. VI) ; on pourra enfin être amené à réséquer la douzième côte en totalité pour se donner du jour dans l'abord d'une collection située au-dessous du pôle supérieur du rein droit, entre celui-ci et la face postéro-inférieure du foie (obs. V).

Nous n'avons à envisager que le traitement chirurgical de la périnéphrite suppurée métastatique, c'est dire que nous n'avons pas à rapporter les discussions dont le traitement des suppurations métastatiques de la corticalité rénale ont été l'objet.

Il est vraisemblable que pour minime que soit la lésion corticale, métastase d'origine dont est partie l'infection périrénale, cette lésion n'en existe pas moins dans tous les cas. Dans nos 6 observations, le rein apparaissait normal au fond de la collection ; il n'y a guère que dans la première que fut noté à la surface du parenchyme du pôle inférieur une légère érosion ; pourtant nous avons pu observer à l'occasion des trois dernières où nous assistions notre maître qu'en un endroit d'ailleurs peu étendu les parois de la poche faites de graisse légèrement sclérosée présentaient des adhérences avec la corticalité du rein.

Certains auteurs ayant eu probablement affaire à des cas où la lésion corticale était plus importante

ou ayant été appelés précocement à faire un diagnostic, n'hésitent pas à recommander ainsi que le font Schnitzler et Jordan l'intervention aussi hâtive que possible, avant que la périnéphrite ne soit suppurée ; c'est alors sur des abcès corticaux que l'on tombera au cours de l'intervention, et suivant l'importance de ces abcès, la néphrotomie, la néphrectomie, ou la simple décortication suivie de l'incision d'un ou plusieurs abcès trouveront leurs indications respectives, préconisées par tel ou tel auteur suivant qu'il aura eu davantage à faire à des abcès profondément situés, à des abcès infiltrant tout le parenchyme ou à de simples petits abcès superficiels.

Pour ce qui est de nos observations, la phase corticale de la métastase rénale avait largement eu le temps d'être dépassée, car les malades ne furent amenés en chirurgie que très tardivement et vraisemblablement porteurs de leur collection périnéphrétique depuis longtemps. Il faut cependant remarquer que dans l'observation I le malade fut opéré quinze jours seulement après l'apparition des premiers symptômes, et c'est précisément dans ce cas que fut notée au cours de l'intervention la présence d'une sorte de cicatrice qu'il n'est pas excessif d'interpréter comme provenant de l'abcès métastatique cortical qui s'était spontanément ouvert dans l'atmosphère graisseuse périrénale.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins bien établi que la précocité du diagnostic et de l'intervention sont d'une importance capitale ; on évitera

ainsi non seulement le danger de l'évolution spontanée qui laissera le pus se créer une voie d'évacuation à travers les bronches ou par le tissu cellulaire de voisinage à travers la peau des lombes, vers la cuisse ou vers la fesse, évacuation d'ailleurs toujours insuffisante, mais on évitera ainsi au malade cette longue période de cachexie inhérente à toute suppuration profonde méconnue (obs. IV).

C'est le cas de répéter après Albarran, « la résolution spontanée est aléatoire, l'attente dangereuse et l'intervention sans gravité. »

CONCLUSIONS

Nous proposons de désigner sous le nom de Périnéphrites suppurées métastatiques, les anciens phlegmons périnéphrétiques idiopathiques.

Dans les cas que nous rapportons, la périnéphrite suppurée avait pour point de départ une infection locale banale, panaris, furoncle, anthrax.

Le diagnostic ne s'impose pas d'emblée ; il résulte : 1° de la recherche minutieuse des signes locaux de collection périrénale ; 2° de l'enquête étiologique.

Le pronostic est bénin lorsque le diagnostic ayant été précocement posé, l'intervention est immédiatement pratiquée.

Le traitement consiste uniquement en l'ouverture large de la collection, par une incision parallèle à la douzième côte et à une hauteur variable suivant que les signes cliniques auront indiqué une collection voisine du pôle supérieur ou du pôle inférieur ; dans les suppurations hautes on pourra même être appelé à réséquer la douzième côte.

Le drainage doit être large.

La guérison a été obtenue dans les cas que nous avons observés dans les trois semaines.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — 1° Médecine opératoire des voies urinaires (Périnéphrites suppurées); 2° Traité de Le Dentu-Delbet 1er édition (Périnéphrites suppurées).

Albrecht. — Abcès périnéphrétiques métastatiques (Beiträge zur klin-Chir., 1906, volume 50 1906, page 147).

W. Baum (Kiel). — La néphrite suppurée hématogène unilatérale et son traitement (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med und Ch.).

Bertelsmann. — (Archive für klin-Chir. t. LXVII, 1902).

Bindi. — Furoncles et paranéphrites (Gazetta degli ospedali, 1906, n° 36).

Emerson Brewer (New-York). — XXXIIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie, 1910.

Cunéo. — Traité d'Anatomie de Poirier (Lymphatiques du rein).

Israël (de Berlin). — Chirurgie clinique des maladies du rein.

Jaffé. — Mitteilugen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Tome 9.

Jordan (de Heidelberg). — Abcès rénaux et pararénaux consécutifs à des furoncles ou à d'autres petits foyers de suppuration périphériques (34e Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Berlin 1905).

Lannelongue. — De l'Ostéomyélite aiguë.

Nobécourt. — (Traité d'Anatomie de Poirier. Circulation sanguine et lymphatique du rein).

Rayer. — Traité des maladies des reins, t. III.

Schede. — Handbuch der praktischen Chirurgie, 2e éd., 1907.

Schnitzler. — Wiener mediziniche Wochenschrift, 1913.

Tuffier et Lejars. — Les veines de la capsule du rein (Archives de Physiologie, 1891).

Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu (Abcès périnéphriques).